

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N° 1385

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Oscard Zacaria GRONSTEIN-LEVIN

Ancien Interne des Hôpitaux

Né le 12 Juillet 1911, à KIEV (Russie)

**THROMBO-PHLÉBITES
PELVIENNES
POST-ABORTUM**

Président : M. H. MONDOR, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

5851

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Oscard Zacaria GRONSTEIN-LEVIN

Ancien Interne des Hôpitaux

Né le 12 Juillet 1911, à KIEV (Russie)

**THROMBO-PHLÉBITES
PELVIENNES
POST-ABORTUM**

Président : M. H. MONDOR, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1939

Doyen TIFFENEAU.

I. — Professeurs

Anatomie.	MM. ROUVIERE. Léon BINET. STROHL. POLONOVSKI. Robert DEBRE. BRUMPT. BAUDOUIN. PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.
Physiologie	MONDOK.
Physique médicale.	LEROUX.
Chimie médicale.	CHAMPY.
Bactériologie.	TIFFENEAU.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	AUBERTIN.
Pathologie et thérapeutique générales	TANON.
Pathologie médicale.	BALTHAZARD.
Pathologie chirurgicale.	LEVY-VALENSI.
Anatomie pathologique.	Henri BENARD.
Histologie.	CHIRAY.
Pharmacologie et matière médicale.	ABRAMI.
Thérapeutique.	FIESSINGER.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	RATHERY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEREBOLLET.
Pathologie expérimentale et comparée.	NOBECOURT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	LAIGNEL- LAVASTINE.
Clinique médicale.	GOUGFROT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	GUILLAIN.
Clinique des maladies des enfants	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CUNEO.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOSSET.
Clinique des maladies du système nerveux	GREGOIRE.
Clinique des maladies infectieuses	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHÉVASSU.
Clinique urologique.	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie.	LAUBRY.
Assistance médico-sociale.	Clovis VINCENT.
Professeurs sans chaire.	N... HAZARD. MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	DESOLLE Médecine légale.
BERNARD (Et.) Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.
BESANCON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.
BOULANGER Chimie.	FUNK
BOULIN Pathologie médicale.	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BROUET Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BULLIARD Histologie.	GARCIN Pathologie médicale.
CACHERA Pathologie médicale.	M ^{lle} GAUTHIER.
CORDIER Anatomie.	VILLARS.. Anatomie pathologique.
COSTE Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
COUVELAIRE (H.) Urologie.	DE GENNES Pathologie médicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	GIROUD Histologie.
DELAY Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.



MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{me} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU	
LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
BRULE	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE.	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART-D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	} Clinique obstétricale.
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Qui resteront pour moi l'exemple vivant
d'abnégation et sacrifice que les enfants
ne savent jamais apprécier; je vous dédie
cette thèse, faible témoignage de mon af-
fection et de ma profonde reconnaissance.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES SŒURS ET A MON FRERE

A MON ONCLE ABE GREEN (Philadelphie)

Qui a tant fait pour nous.

A TOUS LES MIENS

En gage de profonde affection.

A MA FEMME

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

*Ma dévouée et précieuse collaboratrice
de tous les jours avec qui nous apprimes
nos premières notions d'anatomie et res-
tâmes depuis inséparables.*

*A vous qui nous avez inculqué l'esprit
français et aidé à en comprendre les fi-
nesses, je dédie cette thèse.*

A MADAME ET MONSIEUR CHARLES SOLAL

Conseiller du Commerce Extérieur de la France

*Qui ont bien voulu nous accueillir dans
leur foyer et adoucir notre solitude; je
tiens à vous exprimer ici ma très vive
gratitude pour l'affectueuse sollicitude
que vous m'avez toujours témoignée.*

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDES

del instituto de la Habana. De la Faculté de Médecine de Paris

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONDOR

Professeur de Pathologie chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Il a bien voulu nous accueillir dans son service de chirurgie de l'Hôpital Bichat et avec bienveillance nous donner le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre admiration et de notre respectueux attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur d'Anatomie à la Faculté

*En témoignage de reconnaissance pour
l'accueil qu'il nous fit en son Laboratoire
d'Anatomie et pour tout ce que nous
avons appris à ses côtés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE OLIVIER

*Pendant des années il nous a prodigué
ses conseils, ses encouragements, ses en-
seignements. Sa fidèle amitié et son ar-
deur pour la chirurgie furent pour nous
un stimulant et un exemple que nous
avons toujours cherché à imiter.*

*Je tiens à lui exprimer ici mes remer-
ciements chaleureux pour toutes les mar-
ques d'amitié qu'il n'a cessé de nous té-
moigner.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de la Salpêtrière
Grand-Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Académie des Sciences

*Qui, dans nos premiers pas, nous a fait
aimer la science chirurgicale et a laissé,
gravés dans notre esprit, ses grands prin-
cipes.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LAUBRY

Professeur de Cardiologie clinique
Médecin de l'Hôpital Broussais-Lacharité
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a enseigné le délicat rapport
existant entre la cardiologie et la chirur-
gie, et qui, avec une patience paternelle,
nous fit comprendre les données de son
école; je tiens à lui exprimer ma profon-
de gratitude.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOULIE

*Ses sages conseils comme ses pétillan-
tes critiques, ont été pour nous fertiles en
enseignement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMGARTNER

Chirurgien de La Pitié

*Avec toute notre reconnaissance pour le
précieux enseignement qu'il nous a prodigé.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale
Commandeur de la Légion d'Honneur

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour son enseignement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE

In memoriam.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUMPT

Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

Qui, au cours de nos études de médecine coloniale, a étendu nos connaissances.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN CAMUS

Médecin des Hôpitaux de Seine-et-Oise
Président de la Commission Administrative de l'Hôpital d'Etampes
Député de Seine-et-Oise
Maire d'Etampes

Qu'il veuille bien trouver ici, avec le témoignage de notre reconnaissance, nos remerciements pour tout ce qu'il a fait pour nous, et l'expression de notre respectueuse et fidèle amitié.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.
MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.
MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LABBE (*in memoriam*).
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAMON.
MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMGARTNER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY.
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEILH-HALLE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMUS.
MONSIEUR LE DOCTEUR AUSSET.
MONSIEUR LE DOCTEUR TOUZE.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

<i>Pathologie exotique</i>	PROFESSEUR BOUFFARD. PROFESSEUR DARRE. PROFESSEUR DOPTER. PROFESSEUR LAVIER. PROFESSEUR TANON.
<i>Parasitologie</i>	PROFESSEUR BRUMPT.
<i>Bactériologie</i>	PROFESSEUR Robert DEBRE.
<i>Ophtalmologie</i>	PROFESSEUR M. TERRIEU.
<i>Maladies cutanées</i>	PROFESSEUR GOUGEROT.
<i>Chirurgie pays chauds</i> . . .	PROFESSEUR LENORMANT.
<i>Hygiène et épidémiologie exotique</i>	PROFESSEUR BENARD. PROFESSEUR LAUGERON. PROFESSEUR LEMIERRE. PROFESSEUR POZERSKI. PROFESSEUR TANON.

A MES CONFERENCIERS
D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

Témoignage de reconnaissance et d'amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS GERARDIN
Directeur de l'Hospice national des Quinze-Vingts
Médecin légiste
Officier de la Légion d'Honneur

En souvenir de notre étroite collaboration.

INTRODUCTION

Nous tenons à adresser les premières lignes de cette thèse en guise de remerciement à Monsieur le Professeur MONDOR qui a bien voulu nous accueillir dans son Service de Chirurgie de l'hôpital Bichat, et avec bienveillance nous donner le sujet de cette thèse.

Si dans l'ouvrage remarquable « Les avortements mortels », MONDOR apporte des éclaircissements pour le clinicien, il nous ajoute dans notre thèse, une observation inédite à symptomatologie complète, à évolution longue et prolongée, et dont la thérapeutique chirurgicale instituée en temps opportun, a sauvé la vie à la malade X...

Si de nombreuses études ont été faites sur les thrombo-phlébites en général, et sur les thrombo-phlébites post-abortives en particulier, c'est dans les œuvres de notre Maître que nous trouvons les idées précises et nouvelles :

« La pyohémie consécutive aux avortements est ordinairement dans sa forme sévère la traduction d'une phlébite utéro-pelvienne suppurée ; dans sa forme grave, l'atteinte de l'état général et l'hémoculture constamment positive, confirment la spétio-co-pyohémie ».

La pyohémie simple post-abortum est plus rare et beaucoup moins grave que la pyohémie post-partum. L'étude des pyohémies et de leurs statistiques montre que la fréquence des thrombo-phlébites est loin d'être négligable :

« Sur 105 autopsies de MARTLAND, 33 thrombo-phlébites.

« Sur 82 autopsies de KNEISS, 20 thrombo-phlébites furent dites « cause de la mort ».

Si la gravité des thrombo-phlébites pelviennes, post-abortives, est amplement démontrée, si la menace constante de l'embolie septique est de dépistage aisé pour un clinicien averti, nous tenons à insister dans notre travail sur la nécessité d'un diagnostic précoce, sur l'insuffisance du traitement médical et plus particulièrement sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale dont les résultats sont heureux. Nous voulons interpréter les idées de notre Maître, synthétiser les notions les plus récentes en même temps que nos constatations personnelles; contribuant de cette façon à l'éclaircissement d'une question ardue tant pour le clinicien que pour le chirurgien.

HISTORIQUE

Si déjà en 1828 DANCE avait ébauché la symptomatologie des thrombo-phlébites pelviennes d'origine puerpérale, ce n'est que beaucoup plus tard que la question a été particulièrement étudiée et que l'on a eu l'idée d'appliquer un traitement chirurgical.

C'est HERVIEUX qui, en 1870, décrit dans un traité « Clinique et pratique des maladies puerpérales » « Suites de couches » la phlébite des veines pelviennes. Il les classe par ordre de fréquence : les veines ovariennes, veines iliaques et leurs divisions.

En 1884, les études de HERVIEUX sont reprises par Siredey, et c'est seulement 10 ans plus tard, en 1894, qu'apparaît Sippel à qui revient le grand mérite de proposer le premier la résection des veines utéro-ovariennes thrombosées « aussi loin qu'elles sont malades » en plus de l'hystérectomie. La proposition de SIPPEL tente FREUND qui, deux ans plus tard, lie les veines utéro-ovariennes dans deux cas d'affection post-abortionum, mais il échoue.

A l'étranger, les travaux de TRENDELENBOURG ont le mérite de proposer la ligature des veines hypogastriques au lieu de la ligature des veines utéro-ovariennes.

BUMM essaya à maintes reprises ces méthodes.

La première opération de TRENDELENBOURG en France, fut pratiquée en 1912 par Jean-Louis FAURE à la demande de BAR, à la suite de la publication du très important rapport de MM. JEANNIN, VANVERTS, à la Société obstétricale de France.

A l'enthousiasme qui existait en faveur de la ligature de la veine hypogastrique, succéda un scepticisme que BARDELEBEN essaya de combattre.

En 1913, M. le Professeur COUVELAIRE fait d'importants travaux sur les phlébites puerpérales et leur traitement.

PROUST et MAURER publient en 1914 un excellent article sur la technique opératoire. 7 ans plus tard, PORTVIN et COTTE font des rapports au Congrès de Gynécologie (1921).

Au Congrès de la fièvre puerpérale de Strasbourg, la question passe au premier plan et oppose MM. LEQUEUX et CHOMÉ à MM. SCHICKELE, REEB, SCHORKAERT et DELLS; pour ces derniers, les thrombo-pelviennes suppurées ne sont qu'une phase ou une partie de l'infection généralisée.

En 1924, PROUST relate à la Société de Chirurgie deux cas de ligatures veineuses effectuées par MAURER.

En 1926, thèse d'agrégation de M. HOUEL, la même année thèse de M. ROBIN.

En 1928, C. JEANNIN et CHOMÉ portent devant l'Académie de Médecine un travail important où ils exposent dix observations personnelles de pyohémie dont trois à la suite d'avortement.

En 1930, thèse de BIDOURE sur les thrombo-phlébites utéro-pelviennes d'origine puerpérale.

Citons enfin le remarquable chapitre sur les pyohémies post-abortives dans l'œuvre précise « Les Avortements mortels » de M. le Professeur MONDOR.

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Normalement après l'évacuation du contenu utérin, la rétractilité de l'utérus provoque la fermeture des sinus; si cette rétractilité est momentanément suspendue, les sinus restent largement ouverts. LÉVY-SOLAL et SUREAU ont essayé de démontrer récemment que le repos physiologique au cours de la délivrance n'existait pas, mais qu'il s'agissait d'un repos pathologique au cours duquel pouvait se produire des hémorragies.

Ne peut-on pas trouver là une cause d'extension du thrombus ? En effet, un utérus qui vient d'être délivré doit, pour assurer l'hémostase, thromboser ses sinus. S'il y a un processus inflammatoire endo-veineux, celui-ci provoque, au point où il se manifeste, la perturbation plasmatique et celle des éléments figurés indispensables à l'établissement de la thrombose ; agglutination des hémato blastes, apport sanguin de globine et de fibrinogène, sédimentation des hématies et édification du réseau de fibrine, condition indispensable de la coagulation sanguine (M. DELATER).

Normalement, cette thrombose s'arrête au sinus utérin, mais dans certains cas, le processus thrombosant dépasse les limites utériniennes et gagne les veines du petit bassin. Cette explication est vraie pour compren-

dre une thrombose pathologique sans infection. Mais pour comprendre les thrombo-phlébites pelviennes qui se compliquent de pyohémie, voire de septico-pyohémie, il faut incriminer un agent d'infection : streptocoque, staphylocoque et colibacille. L'infection joue le principal rôle dans l'étiologie de la thrombo-phlébite ; c'est une infection puerpérale localisée. Le microbe en jeu est généralement le streptocoque ; la propagation se fait dans ce cas par voie veineuse.

Pour SCHOTTMULLER c'est surtout le streptocoque viridans qui serait le véritable agent pathogène ; mais pour en être le plus fréquent, il n'en est pas le seul à provoquer cette complication post-abortum. D'autres coccus peuvent être en cause et FROMME relate un cas à staphylocoque (1907).

Au cours d'examen bactériologique, MM. VORON et LYONNET ont mis en évidence des coccus en chaînettes après coloration au graméosine indiscutablement des streptocoques.

HOUEL a cultivé le colibacille dans le pus d'une phlébite puerpérale suppurée.

HARTMANN rapporte aussi quelques observations d'infection veineuse à colibacille.

Un fait est certain et nous pouvons ajouter avec notre Maître MONDOR : « Lorsqu'il y a pyohémie il y a presque toujours thrombo-phlébite pelvienne suppurée ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésions des veines

MACROSCOPIQUEMENT. — Les veines sont dilatées, dures, souvent adhérentes les unes aux autres ; les parois sont épaissies ; il se forme un caillot qui, récent et friable, ancien et dur ; noirâtre, adhérent.

MICROSCOPIQUEMENT. — Il s'agit d'une endo-mésophlébite ; les parois sont difficiles à identifier à cause de l'endothélium desquamé avec une infiltration de leucocytes notable. On a l'impression que toute la veine est transformée en une membrane pyogénique et infiltrée dans toutes ses couches de polynucléaires. C'est la phlébite suppurée qui est la lésion propre à la pyohémie d'où la perception clinique des cordons veineux n'y est pas courante parce que noyés par la péri-phlébite, contrairement à la forme thrombosante (MONDOR). Le contenu est tantôt un thrombus rouge avec des petits noyaux de ramollissement ; tantôt un mélange de pus gris jaunâtre et de caillots ; tantôt du pus franc, épais, mal lié.

Au fort grossissement, on remarque, de la lumière de la veine à la périphérie, un caillot fibrineux, une

zone de granulation amorphe, une zone inflammatoire, les vestiges de la couche musculaire de la paroi infiltrée de cellules rondes (VORON et LYONNET).

LOCALISATION. — Les veines atteintes sont généralement les veines utéro-ovariennes, les veines utérines, les veines iliaques internes ou hypogastriques ; quelquefois, le processus gagne la veine cave inférieure, la veine rénale gauche et les veines iliaques externes. C'est au confluent utéro-hypogastrique qu'est le carrefour principal de l'infection veineuse (Professeur MONDOR).

On distingue par ordre de fréquence les phlébites pelviennes supérieures (tronculaires ou pédiculaires), les phlébites pelviennes inférieures (pédiculaires ou régionales) et pour mémoire nous rappellerons les métrophlébites. Ces dernières sont rares à l'état pur (2 cas sur 15 selon CHOMÉ). C'est soit une atteinte massive de l'utérus, soit deux atteintes : l'une utérine, l'autre lymphangitique (MM. SCHIKELE et RIOTT).

Le thrombus dans les phlébites supérieures envahit la veine utéro-ovarienne et le plexus pampiniforme. Si généralement elle s'arrête à quelques centimètres de la veine cave inférieure à droite et de la veine rénale à gauche, dans quelques cas elle envahit ces vaisseaux. Observation de LAFFONT, BONAFOS et MOLANDRE dans laquelle est décrite avec une grande précision une telle phlébite : « La palpation du petit « bassin révèle une infiltration en coulée de plâtre de « toute la partie haute du méso-salpinx s'étalant en

« raquette dans la fosse iliaque droite et dans l'exca-
« vation pelvienne, et surmontée, tout le long de la
« partie postérieure du détroit supérieur par un gros
« cordon de la dimension d'un pouce très dur, véri-
« table tuyau de plomb bleuâtre avec quelques traî-
« nées pâles et des plaques congestives.

« Ce cordon chevauche le promontoire en arrière,
« et remonte en avant et à droite de la colonne ver-
« tébrale très haut jusque sous le foie où la main ab-
« dominale ne parvient pas à atteindre le pôle supé-
« rieur du cordon veineux ; toutefois, elle note à ce
« niveau une différence de consistance, des irrégu-
« larités, des portions indurées se superposant ou s'ac-
« colant à des zones ramollies. Il s'agit d'une phlé-
« bite utéro-pelvienne, d'une phlébite de la veine cave
« inférieure dépassant l'embouchure des veines réna-
« les. »

Dans d'autres cas, elles restent localisées « throm-
bose localisée à un segment du pédicule ovarien gau-
che de quelques centimètres » (RIVIÈRE, VILLAR et
MAHON).

Cette phlébite évolue sur place et ne s'accompagne
que d'une légère péri-phlébite, intérêt majeur du point
de vue opératoire. Sa fréquence est grande : 13 cas sur
18 (CHOMÉ) ; elle prédomine à droite et est souvent
unilatérale.

La phlébite pelvienne inférieure est plus rare que
la précédente : 6 cas sur 27 (HOUEL). C'est une at-
teinte des branches inférieures de la veine hypogas-
trique (veine utéro-vaginale et surtout veine de la base

du ligament large). Elle est souvent bilatérale et s'accompagne d'une péri-phlébite appréciable, beaucoup plus que précédemment. En effet, le tissu cellulaire environnant est plus riche dans le petit bassin et s'appauvrit plus haut progressivement.

D'une manière générale, les veines thrombosées sont « en état de phlébites oblitérantes » ou de « phlébites suppurées » (Professeur MONDOR). Elles sont entourées d'une gangue inflammatoire qui les soude et empêche leur dissection.

Il existe le plus souvent, et surtout pour la phlébite de la base du ligament large (MARTLAND), une péri-phlébite phlegmoneuse ou suppurée (lésions lymphatiques) unilatérale.

Elles se compliquent d'embolie septique qui peuvent atteindre tous les viscères et ajouter des complications artérielles aux complications veineuses. La précocité de ces lésions est grande.

Elles peuvent apparaître trois jours après un avortement, comme l'ont signalé JEANNIN et CHOMÉ, qui ont trouvé une énorme phlébite de la veine utéro-ovarienne droite.

Elles sont fréquemment mixtes, s'étendent en deux territoires sous forme continue ou discontinue (discontinue thrombosis de KOELER et EHERFERT).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES LÉSIONS A DISTANCE. — Le principal danger d'une thrombo-phlébite pelvienne comme dans toute phlébite est l'embolie. Il s'agit, selon ROBIN, d'une poussière d'embolie, les deux pou-

mons étant absolument criblés de foyers miliaires suppurés de pronostic grave, encore bien plus grave si l'embolie microbienne traverse les capillaires pulmonaires organisant ainsi de nouveaux foyers purulents dans la rate, le foie, le myocarde, le cerveau, d'où l'intérêt de l'intervention chirurgicale suffisamment précoce pour éviter les complications.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie de la thrombo-phlébite pelvienne post-abortive varie avec la période à laquelle nous voyons la patiente et avec le siège du thrombus. Le début n'est pas aussi précoce que dans les autres complications de l'avortement. Il y a une phase prémonitoire d'installation du thrombus qui dure souvent une dizaine de jours (c'est la période silencieuse pendant laquelle aucun signe ne traduit la constitution du synchome qui éclate quelques jours plus tard). Ce n'est que huit à dix jours plus tard que notre attention sera attirée par :

a) DES SIGNES GÉNÉRAUX. — Les frissons dominent le tableau clinique. Rares au début, ils deviennent rapidement fréquents, dix à douze crises par vingt-quatre heures. Ils traduisent les phénomènes infectieux en évolution. Ils sont séparés par des périodes d'accalmie, variables dans leur durée, mais relativement courtes. La soudaineté de leur apparition arrache la malade de sa quiétude.

« Leur retour terrifie les malades », dit MONDOR. Ils sont violents, secouent tout le corps de la malade, qui est pâle, anxieuse, prostrée et claque des dents. Ils

peuvent durer vingt, trente ou quarante minutes, après quoi survient un stade de chaleur, de transpiration, ramenant un véritable bien-être.

— *La température.* — Elle passe théoriquement par deux stades : une période de début ou phase préphlébitique et une phase d'état ou phase de phlébite déclarée. Dans la phase préphlébitique, la température est très irrégulière et ne présente aucun caractère spécial. A la période d'état la courbe thermique peut être oscillante : 37° le matin, 40° le soir, ou en plateau, mais généralement, comme le fait remarquer HUSTIN, elle est en fonction de l'intensité et de la fréquence des frissons.

Dans la plupart des cas, chaque clocher thermique accompagne un frisson. Toutefois, ces brusques oscillations thermiques peuvent être observées dans l'absence à peu près complète de frissons ; on doit alors considérer ces oscillations comme de véritables « équivalents » des frissons.

— *Le pouls.* — Il est instable, subissant des variations extrêmement fréquentes et sans rapport aucun avec la température. Pour un accès fébrile allant jusqu'à 40°, le pouls peut rester normal et bien frappé. Parfois, sans explication, il monte à 140. Peut-on dire que l'accélération du pouls est un signe prémonitoire d'embolie ? (RICHTER-JEANNIN). Le problème ne pourrait assurément se poser qu'à une période assez avancée de la maladie. Pour certaines, la dissociation entre le pouls et la température serait un bon signe sémiologique de thrombo-phlébite. Il est difficile d'accorder

une valeur réelle à ce fait étant donné l'inconstance de ces deux facteurs au cours de l'évolution. Nous voulons ici souligner l'expression de notre Maître : « Le poulx est variable, instable, inexplicablement changeant et son ascension quotidienne, 90, 96, 100, 108, cette accélération régulière dite phénomène de MALHER, propre aux phlébites, est loin d'être observée dans la majorité des cas ».

b) DES SIGNES PHYSIQUES. — Nous aurons à considérer deux cas :

1° *Thrombo-phlébite du pédicule supérieur.* — L'abdomen est généralement météorisé, mais ce météorisme est réduit dans la plupart des cas à sa plus simple expression. Il en sera de même pour le pédicule inférieur.

La partie supérieure de la fosse iliaque est légèrement sensible au palper. Une tuméfaction revêtant différentes formes est perceptible dans la région hypogastrique. CHOMÉ a décrit les douleurs étagées allant d'une corne utérine jusqu'à l'ombilic.

Le toucher vaginal nous donne peu de renseignements. L'utérus est mobile, indolore, ou légèrement augmenté de volume. Ce fait est dû certainement aux troubles circulatoires provoqués par la thrombose. Les culs-de-sac vaginaux sont souples. On note parfois un empâtement au niveau d'une corne utérine.

2° *Thrombo-phlébite du pédicule inférieur.* — Le palper de la région hypogastrique nous donne peu de renseignements. Mentionnons la sensibilité de la

fosse iliaque intéressée. C'est le toucher vaginal qui fait le diagnostic. Les culs-de-sac sont infiltrés, douloureux. Cette infiltration peut s'étendre de la paroi vaginale à la paroi pelvienne. Parfois une tuméfaction circonscrite, allongée, en forme de cordon peu volumineux, prenant naissance au niveau de l'épine sciatique et se dirigeant en avant vers le pubis. Ce sont les obturatrices, les vésicales pelviennes, traduisant la thrombose de l'hypogastrique. En somme :

« Le toucher vaginal instruira seulement les mieux
« informés, mais pas toujours. Ils rechercheront des
« points douloureux, près de la corne utérine, près de
« l'épine sciatique, et sur une ligne qui a, à peu près,
« le trajet, mais un peu plus interne, de l'épigastrique
« que » (MONDOR).

C) HÉMOCULTURE. — L'hémoculture constitue un élément de valeur pour l'établissement du diagnostic. Faite en dehors des frissons, elle est toujours négative. Faite au moment des frissons, elle est toujours positive. Elles sont positives d'une manière si fugace qu'il est bien rare de pratiquer le prélèvement au bon moment pour trouver cette positive.

Ceci nous démontre que loin d'une septicémie, il s'agit uniquement de bactériémies fugaces, cause des accès.

Après les deux premières phases, préphlébitique et de phlébite déclarée, la maladie évolue vers la période des métastases.

Phase des complications

1° *Les embolies pulmonaires aseptiques.* — Elles surviennent dans les cas de phlébite pelvienne sans pyohémie. Quelques jours après les accès du début, la malade sent un point de côté douloureux avec dyspnée et sensation d'étouffement. Une quinte de toux ramène un crachat sanglant. A l'auscultation, un foyer de râles traduit l'infarctus pulmonaire. Les embolies généralement petites, peuvent se répéter, mais nous ne verrons jamais les grosses embolies mortelles d'emblée. Le pronostic est toujours bon.

2° *Les embolies pulmonaires septiques.* — Ce sont les seules qui se présentent avec le plus de fréquence, car la thrombo-phlébite pelvienne post-abortum est, sinon toujours, presque toujours suppurée (c'est l'évolution fatale de toute thrombo-phlébite non opératoire). Parfois c'est à cette période métastatique que le diagnostic est fait.

Quelquefois une douleur thoracique violente; quelquefois un point de côté plus modéré, dyspnée dans le premier cas, simple gêne respiratoire dans le second. Puis tous les signes en faveur d'un infarctus pulmonaire, mais d'un infarctus septique : crachats hémoptiques, foyer d'hépatisation, couronne de râles, etc...

Dans les jours suivants se développent successivement soit un gros foyer pulmonaire avec réaction pleurale, pleurésies purulentes, soit deux ou plusieurs autres foyers pulmonaires. Parfois en présence d'un

point de côté discret l'infarctus peut passer absolument inaperçu. Le Professeur MONDOR relate que « CHOMÉ découvrit chez JEANNIN une femme envoyée « avec le diagnostic de pneumonie et dont le foyer « pulmonaire était des infarctus et chez laquelle un « examen averti faisait sentir dans le bassin le cor- « don veineux induré, signe d'ailleurs assez excep- « tionnel dans sa pureté ».

3° *La septico-pyohémie.* — C'est la complication la plus grave car toujours fatale. Elle est l'expression vive d'une endocardite maligne, maladie emboligène par excellence, traduisant la septicémie secondaire.

Le tableau clinique est extrêmement impressionnant. Les intervalles libres entre les accès diminuent de durée; l'état général s'est aggravé; la prostration anxieuse s'étale entre deux frissons; anorexie complète: les frissons disparaîtront peu à peu pour laisser la place à un frissonnement continu qui épuise la malade. Les accidents pulmonaires septiques: pleurésie purulente, abcès multiples s'accompagnent d'autres accidents métastatiques, articulaires, sous-cutanés, hépatiques, rénaux, parotidiens, oculaires, etc... L'hémoculture est constamment positive.

La malade succombera fatalement soit à la suite des accidents plémo-pulmonaires péricardiques, etc..., soit dans un état d'ataxo-adynamie complète, mais gardant jusqu'à la fin sa lucidité.

FORMES CLINIQUES

I. — Formes cliniques suivant l'intensité

a) **FORME ATTÉNUÉE.** — C'est une forme à évolution prolongée dont l'intensité des signes est peu prononcée. La température peu élevée, à petites oscillations singulières; le pouls subit peu de variations; il est presque normal; les frissons sont peu violents. Les accidents pleuro-pulmonaires manquent ou lorsqu'ils existent sont peu importants. Le pronostic est toujours favorable.

b) **FORME PYOHÉMIQUE.** — La symptomatologie correspond à celle décrite dans le chapitre clinique. C'est la forme la plus typique où l'intervention chirurgicale trouve son indication moyenne. Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic et de l'intervention, car laissées à elles-mêmes, les complications métastatiques ne tarderont à survenir, emportant la malade dans la plupart des cas.

c) **FORME GRAVE D'EMBLÉE.** — Nous retrouverons ici la septicopyohémie à allure précoce et rapide, avec le cortège de complications généralisées.

II. — Formes cliniques suivant le siège

a) THROMBO-PHLÉBITE DU PÉDICULE OVARIEN. — Milévrisme abdominal — souvent douleurs lombaires. La corne utérine ainsi que les annexes sont douloureuses; sensation d'un cordon dur allant au détroit supérieur. La palpation abdominale nous remontre un cordon plus ou moins volumineux se dirigeant vers l'ombilic.

b) THROMBO-PHLÉBITE DE LA VEINE HYPOGASTRIQUE. — Le cul-de-sac est empâté, douloureux, ce cordon veineux est perceptible tout à fait en arrière, au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Il y a thrombose des veines afférentes obturatrices vésicales, etc., ce qui donne la sensation de cordons à direction pelvienne.

c) THROMBO-PHLÉBITE A LA VEINE CAVE INFÉRIEURE. — La thrombose a évolué d'une manière extrêmement rapide avant l'apparition des complications pleuro-pulmonaires. Nous avons à envisager successivement trois cas :

Premier cas. — Le thrombus s'arrête au-dessous des veines rénales; ce sont les troubles de la mécanique circulatoire qui attirent notre attention : œdème des membres inférieurs et de la région sus-pelvienne.

Deuxième cas. — Le thrombus dépasse les veines rénales. Toute intervention chirurgicale est inutile.

Les troubles de la diurèse dominant le tableau clinique; la malade succombe par intoxication endogène.

Troisième cas. — La thrombose a gagné le confluent hépatique. C'est la mort certaine par suspension des fonctions hépatiques.

d) L'EXTENSION VERS LES VEINES CRURALES. — Constitue une forme compliquée se caractérisant par : œdème des membres inférieurs associé à des douleurs inguinales.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel se pose avec :

a) *La septicémie*, mais ici la courbe thermique est plus élevée; le pouls petit, mou, faible; facies tiré, excavé, plombé; langue sèche; la malade est dans un semi-délire presque continu, refusant l'alimentation. Par ailleurs il y a une dyspnée continue, une diarrhée et parfois incontinence d'urine et des matières. Les éruptions sont particulières. Il n'y a pas de frissons à répétition avec des décharges dans l'intervalle, et pendant lesquelles le visage de la malade est confiant, coloré, animé. Les signes de laboratoire sont d'importance considérable; les hémocultures répétées sont positives dans les septicémies, négatives dans les pyohémies. Cependant si au cours de la pyohémie l'hémoculture est positive pendant le frisson, elle reste négative dans les intervalles.

b) *La septico-pyohémie*. — Elle apparaît généralement comme une complication de la thrombo-phlébite suppurée : allure rapide et intense : endocardite, métastase pleuro-pulmonaire, rénale, parotidienne, hépatique, oculaire, attaxo-adyndamie, hémoculture positive, frissons moins violents.

c) *Les phlébites non suppurées.* — Leur évolution est discrète et lente, le plus souvent elles se révèlent par un infarctus pulmonaire, absence de frisson; le pouls et la température sont généralement bons, mais il peut y avoir de nombreuses formes de transition qui rendent le diagnostic malaisé.

d) *Appendicite aiguë.* — La thrombo-phlébite du pédicule ovarien droit peut faire penser à une appendicite aiguë; mais nous ne retrouvons pas les frissons caractéristiques; la température est modérée, le toucher vaginal est négatif, hormis les cas d'appendicite pelvienne mésocolique.

e) *Phlegmon de la base du ligament large.* — Empâtement péri-utérin, toucher vaginal extrêmement douloureux au palper; hypertermie d'emblée et en plateau jusqu'à la période de suppuration où apparaissent les oscillations.

f) *Avec les infections étrangères à la puerpéralité :* telles que le paludisme ou la cholécystique suppurée (HOUEL).

TRAITEMENT

1° Le traitement de la thrombo-pelviennne a fait l'objet de nombreux travaux et discussions, mais les chiffres souvent contradictoires des statistiques montrent combien il était malaisé de tirer une conclusion qui fusse en parfait accord avec les diverses propositions. MONDOR, dans son traité magistral sur les avortements criminels, dit ceci : La phlébite pelvienne sans pyohémie sera traitée par le repos absolu, la glace sur le ventre, la vaccino-thérapie (propidon) et, s'il y a lieu, par sérothérapie anti-streptococcique. La surveillance avertie, prévoyante des embolies pulmonaires, évitera à la fois leur méconnaissance et leur aggravation. Dans la règle, après 20 à 30 jours, les choses dans cette forme clinique s'arrangent.

La septico-pyohémie est au contraire d'une gravité rarement vaincue; de-ci de-là une observation est publiée (RICHE et MOURGUE-MOLINES) qui a fait la surprise d'une guérison. Les transfusions de sérum de Vincent, l'agilité à dépister les foyers secondaires suppurés et à les traiter, les soins locaux (glace, lavages au filtra de streptocoques...) seront les meilleurs auxiliaires, voire peut-être les agents véritables de la guérison. C'est le traitement de la pyohémie proprement

dite qu'il faut plus longuement développer « tous les
« moyens précédemment indiqués seront d'abord em-
« ployés : les examens de sang (anémie, leucocytose,
« urée sanguine), d'urine (albuminurie), aideront à
« faire porter à bon escient où il faudra. Si les fris-
« sons restent aussi intenses, s'ils se répètent malgré
« le traitement, plus souvent, si la pâleur s'accroît,
« si les premières poussées emboliques font leur ap-
« parition, si l'état général semble s'altérer, faut-il
« continuer le traitement commencé ou lui adjoindre
« ou lui substituer le traitement chirurgical ? Quelle
« est l'importance du traitement médical et où finit-
« il ? Quelles sont les solutions chirurgicales adop-
« tées et que faut-il en déduire des résultats obtenus ?
« Voici tout le problème ».

Il est indéniable, comme l'affirme MONDOR ci-des-
sus, que le traitement médical trouve toute son indica-
tion à la période de début ; c'est-à-dire lorsque le dia-
gnostic n'est pas posé d'une manière sûre. Une fois la
certitude acquise et l'indication opératoire formelle-
ment posée, le traitement médical devient un adju-
vant précieux pour l'acte chirurgical. Nous pouvons
donc dire que le traitement médical commence et fi-
nit avec la maladie.

En ce qui concerne le traitement chirurgical, il se-
rait utile de rappeler que c'est SIPPÉL, en 1894, qui, le
premier, proposa d'ajouter à l'hystérectomie la résec-
tion des veines utéro-ovariennes thrombosées ou sup-
purées, et c'est FREUND le premier qui mit cette idée
en pratique. En 1902, TRENDLENBURG dirigea l'action

jusqu'alors aux veines utéro-ovariennes sur les veines hypogastriques.

La méthode, reçue tout d'abord avec enthousiasme, fut combattue puis abandonnée par la plupart des chirurgiens. BARDELEBEN reprit la question en 1908 et se basant sur sa statistique personnelle (8 cas et 5 guérisons) et sur celle de SEITZ (14 cas, 9 guérisons) conclut au bien fondé de la méthode de TRENDELENBURG.

Enfin, la ligature de l'hypogastrique retrouve la faveur du début et les travaux de PROUST, MORRER, Jean-Louis FAURE, dominant une nouvelle impulsion par la définition de l'indication et de la technique opératoire.

Il est évident qu'avant d'entreprendre le traitement chirurgical, il faut être certain du diagnostic. C'est le fait même d'avoir appelé pyohémie ou thrombo-phlébite les moindres syndromes pelviens qui a été à l'origine des discussions et des incertitudes primitives; mais il faut tout de même admettre que le diagnostic n'est pas toujours aisé, la difficulté peut être conjurée sans aucun danger par une laparotomie exploratrice faite avec douceur, et par la vérification sans traumatisme brutal des pédicules restés inappréciables cliniquement. Lorsque le diagnostic est fait avec certitude, il faut choisir le moment de l'intervention. Ici encore bien des chirurgiens diffèrent car la question qui se pose est de savoir s'il faut opérer dès le premier frisson ou attendre la certitude du diagnostic; Von HEEFT préconise l'expectative armée jusqu'au cinquième ou sixième frisson. TRENDELENBURG préconise l'opération après le premier frisson.

SCHELLENBERG s'élevait énergiquement contre les interventions précoces et montrait que lorsqu'on opère après le quatrième frisson, la mortalité est aussi grande et que, abandonnées à elles-mêmes, 50 à 55 % des malades auraient succombé. D'autres auteurs allemands ont donné des statistiques qui concordent sensiblement dans leurs résultats : pour KAUFMAN, la mortalité opératoire serait de 55 % ; pour STGWART, de 48,5 % ; pour POLÁK, de 51,6 %. Voici ce que répond MARTENS à ceux qui reprochent à la ligature de n'avoir pas toujours arrêté la propagation de la thrombo-phlébite : « après un avortement, l'utérus étant vidé spontanément ou opératoirement si l'on s'est abstenu de tout geste, de tout déplacement inutile de la malade, celle-ci étant rigoureusement immobilisée, si un frisson revient en même temps que la température s'élève brusquement (cela en l'absence d'une endocardite, pneumonie...), et si par surcroît, on peut sentir les veines thrombosées dans l'un ou l'autre paramètre, ou les veines utéro-ovariennes à l'hypogastre, alors il faudra opérer sans retard ; avec plus de bénéfice par la voie extra-péritonéale, moins choquante et plus favorable au drainage des périphlébites qui sont assez souvent rencontrées ». MONDOR comme JEANNIN et CHOMÉ dit, et à juste raison, que le moment choisi pour l'intervention doit être médité :

« Il ne faut opérer ni trop tôt, la diffusion au péri-
« toine étant alors plus à craindre, ni trop tard, les
« métastases risquant déjà d'être multiples ; il faut
« opérer quand le diagnostic est certain et avant les

« complications. Nous estimons que le diagnostic est
« certain quand on voit les frissons se rapprocher de
« plus en plus en même temps qu'ils deviennent plus
« prolongés et plus violents. Dans les dix cas que nous
« avons opérés, le diagnostic s'est toujours trouvé
« exact (JEANNIN et CHOMÉ) », MONDOR.

L'intervention chirurgicale indifféremment des méthodes et techniques, poursuit l'idée de mettre une barrière sûre aux embolies septiques, empêcher la diffusion de l'infection, donc la septico-pyohémie, ensuite agir sur le foyer primitif pour écarter un foyer infectieux à distance.

Deux principes se sont opposés dès le début : la ligature veineuse et la résection veineuse.

La ligature des veines thrombosées a gagné l'adhésion de la plupart des chirurgiens en raison de la brièveté du temps opératoire et de l'absence de diffusion des foyers septiques. Les méthodes diffèrent suivant les auteurs; certains pratiquent uniquement la ligature des vaisseaux thrombosés, d'autres, la ligature des gros troncs. HOUEL essaie d'expliquer l'efficacité de la ligature de gros troncs veineux de la façon suivante :

1° La ligature veineuse placée en aval des lésions sur le trajet direct et normal du courant sanguin en remplaçant une oblitération précaire et septique par une oblitération définitive et aseptique, s'oppose à la migration des déchets issus directement du foyer de suppuration.

2° La circulation sanguine se rétablit par les voies

collatérales. Ce rétablissement est plus ou moins lent et plus ou moins laborieux du fait que ces voies de dérivation ont un calibre bien inférieur et un trajet beaucoup moins direct que le tronc veineux principal. Il paraît difficile de comprendre d'une part pourquoi les déchets du caillot suppuré adopteraient un trajet aussi capricieux et souvent rétrograde d'autre part, comment un thrombus de quelque importance pourrait s'engager dans la lumière de vaisseaux dont le calibre est fort réduit.

Quant à la résection veineuse, les auteurs semblent l'avoir abandonnée, tout au moins en France, en raison du danger de diffusion des éléments septiques et de la difficulté de la pratique dans une région où la périphlébite crée une zone inflammatoire assez étendue.

Faut-il ajouter à la ligature veineuse l'hystérectomie ? C'est l'état de l'utérus qui commande l'indication opératoire. Elle ne peut convenir que pour le cas où une lésion utérine serait suspectée. Il est évident que lorsque l'utérus présente des signes certains d'infection, l'hystérectomie devient un des éléments primordiaux du traitement, mais l'hystérectomie pratiquée systématiquement pourrait au contraire aggraver le pronostic à cause du choc opératoire.

Les contre-indications se posent uniquement :

1° dans les cas compliqués de septicémie et de septicopyohémie à cause de l'impossibilité absolue d'agir sur les nombreux foyers à la fois,

2° dans les cas compliqués d'embolies pulmonaires

avec tout le cortège de complications locales : pléurésie purulente, abcès du poumon...,

3° lorsque la thrombose a gagné le territoire de la veine cave inférieure au-dessus du pédicule rénal.

Les voies d'abord chirurgicales diffèrent :

1° suivant la localisation du foyer de thrombose,

2° suivant l'extension du foyer de thrombose.

Certains chirurgiens abordent les régions par voie extra-péritonéale, d'autres par voie intra-péritonéale.

MONDOR préconise la résection des veines utéro-ovariennes lorsque la thrombose siège à ce niveau.

« Après l'incision du péritoine sur la face externe du
« sacrum pour le côté droit; sur la face externe du
« côlon iliaque pour le côté gauche. Ligatures pour
« les pédicules inférieurs, de préférence sur la veine
« iliaque interne; naturellement en aval de la lésion
« perceptible, et le plus loin possible d'elle. Si les deux
« pédicules inférieurs exigent un traitement, la plu-
« part des auteurs préfèrent la ligature de la veine
« cave inférieure. Elle a été faite plusieurs fois avec
« succès. » (MONDOR.)

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

de Monsieur le Professeur MONDOR

Mlle I. J..., âgée de 24 ans, entrée le 22 juin 1939 dans notre service à l'Hôpital Bichat, pour des accidents de rétention placentaire. La malade, qui a eu le 5 mars ses dernières règles normales, a, chez elle, le 14 juin, tenté d'interrompre sa grossesse avec une sonde en caoutchouc préalablement bouillie et enfoncée profondément, elle s'est injecté environ 50 à 60 cc. d'eau bouillie et trois gouttes de teinture d'iode. Trois jours après, débutaient les métrorrhagies. Dès le premier jour, frissons et élévation thermique : 40°6; la malade ne voit un médecin pour la première fois que le 21 juin. Ce médecin dirige la malade vers Bichat. Elle y arrive le 22 juin; le premier examen fait penser (gros utérus, mou, col ouvert, fétide) à une rétention septique sans signe de salpingite. Dès le soir de son arrivée, le curettage est pratiqué. Malgré une évacuation utérine jusqu'à satisfaction, la fièvre est élevée, les frissons continuent. On prescrit du propidon. Dès le 23 l'on pense, à cause des frissons multiples, à la possibilité d'une pyohémie par thrombo-phlébite pelvienne. On continue le propidon et les sulfamides. Le 27, la malade a un point de côté soudain; cet infarctus de la base gauche de signes aussitôt clairs évoluera longuement; son apparition renforce le soupçon d'infection veineuse grave, mais aucun signe physique ne peut être encore recueilli dans les culs-de-sac latéraux. Pas d'œdèmes vulvaires non plus, Le 29, 40°, frissons répétés, entre lesquels la malade se dit sans douleur et sans

anxiété. C'est le 29 que, dans le cul-de-sac gauche, l'on sent pour la première fois un cordon induré, de position presque sagittale, atteignant sur l'utérus la corne gauche. Ce signe latéro-utérin d'un cordon induré du volume du doigt vient à l'appui du diagnostic de phlébite péri-utérine et fait songer à une intervention chirurgicale. Mais la malade, qui a la température la plus instable, 40°, puis 38°, inquiète à cause de son infection; on attend encore 3 ou 4 jours, mais l'affaissement de l'état général s'accroît gravement; le 4 juillet au matin, le pouls qui était jusque là à 120 est passé à 150; la température est à 41°. La pâleur livide, le cerne des yeux, l'euphorie ébêtée, tout marque un état désespéré. On décide d'intervenir sans plus de retard.

Anesthésie générale à peine nécessaire. La laparotomie faite avec l'empressement le plus chirurgical ne dure que quelques minutes. L'utérus est de volume un peu, très peu augmenté; les annexes droites sont normales; à gauche le ligament rond est remplacé par une sorte de canal du volume du pouce et tout entier rempli de pus. La ligature faite, à l'orifice inguinal interne avec précaution le fait éclater. On pratique l'ablation de ce ligament rond le plus complètement possible, et l'on fait une hystérectomie subtotal et une ligature de la veine hypogastrique gauche; les pédicules utéro-ovariens et utérins ne semblent ni tuméfiés ni suppurés. Large méchage; tout cela parfait, mais la malade était dans un état si grave que l'on avait bien peu d'espoir de la voir vivre pendant plus de quelques heures.

Or, le lendemain, la transformation semblait réconfortante; cette situation fut son image pendant peu de jours; bientôt se développent successivement plusieurs complications : phlébite du membre inférieur gauche, puis parotidite droite, puis abcès à la cuisse droite, enfin du poumon gauche. La parotidite et l'abcès de la cuisse furent incisés, l'abcès du poumon vidé par ponction (trois cents de pus). Enfin, peu après la guérison fut obtenue.

Bien des examens de laboratoire avaient été demandés et obtenus. Quatre hémocultures étaient restées négatives. L'anémie avait atteint 3.500.000 globules, puis 2.700.000; au con-

traire, la leucocytose s'était élevée de 12.000 à 22.000, puis 41.000 globules blancs.

Dans le pus du ligament rond, on avait trouvé du staphylocoque et du streptocoque. Dans le pus de la parotide, du staphylocoque, dans le pus de l'abcès du poumon, qui avait compliqué l'infarctus, du pneumocoque.

La température de la malade fut normale, pour la première fois, le 25 août, soit deux mois après le début. Mais depuis l'hystérectomie, le pouls avait une qualité faisant bonne augure de l'évolution. Puis la convalescence fut rapide, la radiographie aida à vérifier la guérison des phénomènes pulmonaires. Les examens de sang firent voir la chute de la leucocytose, l'augmentation du nombre des hématies. L'œdème du membre inférieur gauche avait tout à fait disparu en quelques jours.

Des examens de la pièce anatomo-pathologique ont été faits par Mlle le Professeur agrégé GAUTHIER-VILLAR.

La malade revient en octobre, au retour de son séjour en province, et dans un état qui la satisfait pleinement.

OBSERVATION II

(In thèse ROBIN 1926)

Mme X..., tertipare, 22 ans.

Accouchement le 30 mars 1929.

Avortement avec curage digital pour extraire le placenta.

Température 38°6, 38°. Pouls 110.

31 mars : la malade est passée à l'isolement. L'examen d'entrée montre l'utérus gros et mou. L'orifice interne du col est fermé. Les culs-de-sac sont douloureux.

A droite, on perçoit un empâtement de la paroi pelvienne latérale formant un cordon qui se dirige vers l'épine sciatique.

A partir de ce jour, la malade a un grand frisson chaque matin vers 11 heures. Elle fait de grandes oscillations thermiques, de 37° à 40°, le pouls suivant exactement la courbe thermique.

Traitement du 1^{er} avril : sérum antistreptococcique 40 cmc. quotidiens. Le 4 avril : abcès de fixation.

Le 6 avril, devant l'évolution très grave de cette phlébite on décide de tenter la ligature veineuse du côté atteint.

7 avril : opération.

Opérateur : M. LAURER; aide : M. ROBIN. Anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Cavité péritonéale normale. On perçoit par le palper les veines thrombosées dans la base du ligament large droit. Rien aux autres pédicules. On lie la veine iliaque droite non thrombosée. Suture du péritoine pariétal postérieur. Suture en deux plans de la paroi sans drainage.

Réapparition de frissons. Hémoculture positive.

Œdème du membre inférieur droit.

Le 1^{er} mai : décès.

Autopsie.

OBSERVATION III

(MM. RIVIÈRE, VILLAR et MAHON. *Bull. obst. et gynécologie de Bordeaux*, 6 février 1934.)

Mme X..., 27 ans, II^e pare.

Avortement provoqué.

Thrombo-phlébite du pédicule utéro-ovarien gauche.

Ligature.

Guérison.

Début par plusieurs tentatives d'avortement, s'accompagnant de poussées thermiques.

L'un de nous est appelé auprès d'elle le 23 septembre et constate une rétention placentaire infectée. Pose immédiate de laminaires en faisceau et le lendemain matin curage digital, sous anesthésie générale au chloroforme. Le soir de l'intervention, température 38°, pouls 92, puis défervescence complète pendant six jours. A la fin de la première semaine, la malade présente des douleurs latéro-utérines gauches vio-

lentes avec empâtement et défense de la paroi à ce niveau et la température s'élève, irrégulière, entre 37° et 40° avec quatre grands frissons dans l'espace de 15 jours.

Le 1^{er} octobre s'est dessinée une phlébite de la jambe gauche, puis le 14, le membre inférieur droit paraît se prendre à son tour. La malade a été transportée à l'Hôpital André-Boursier où la fièvre se maintient, très irrégulière, avec un pouls parallèle à la température et un bon état général entre les frissons qui augmentent. Vers la fin octobre on examine ses membres inférieurs immobilisés en gouttière, on s'aperçoit que l'œdème a disparu ainsi que toute douleur spontanée, mais qu'il persiste une douleur provoquée à la pression sur le trajet des saphènes. L'examen pelvien est également à peu près négatif, un léger empâtement douloureux du côté gauche en l'absence de toute autre constatation fait porter le diagnostic de thrombo-phlébite pelvienne infectante.

La malade ayant déjà eu une dizaine de grands frissons, on décide de ne pas surseoir davantage à l'intervention.

Opération le 1^{er} novembre 1933, à 21 heures, en présence du Professeur agrégé Rivière; opérateur; Docteur Jean Villar (suppléant: M. le Professeur Guyot); aide: Docteur Mahon. Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus normalement évolué, pas de lésions annexielles. Une palpation prolongée et minutieuse de tous les pédicules veineux ne montre qu'une thrombose en aval du pédicule supérieur gauche. Mèche. Fermeture de la paroi en un plan.

La malade est assez choquée par une intervention que le temps d'exploration a rendu un peu longue, mais son état général se remonte rapidement. Le lendemain matin température 36°, pouls 116, le soir 38°4, pouls 130; puis pendant quatre jours la fièvre reprend plus irrégulière que jamais, entrecoupée de grands frissons. Une hémoculture faite le 3 novembre, restera négative. Le 5 on fait un abcès de fixation qui dans la suite réagit normalement. A partir du 7 novembre (sixième jour après l'opération) la courbe thermique prend une allure nouvelle qu'elle conserve jusqu'au 20 novembre, la température prise matin et soir aux heures habituel-

les, n'atteint pas ou dépasse à peine 37°, mais au cours de cinq grands frissons espacés de un à quatre jours, elle grimpe jusqu'à 39°2, 40°, 40°5 et même à deux reprises 41°2. Dans l'intervalle des frissons, la malade présente un état général satisfaisant et n'a nullement l'air d'une infectée, elle dort bien, son appétit est excellent. Le 19 novembre, la malade ressent un violent point de côté à la base du thorax, à droite et en arrière. A partir de ce moment il ne se produit plus de frisson, mais la courbe thermique s'élève, restant au-dessous de 37° le matin, atteignant 38°, 38°5 le soir; le pouls est à 100-120. En même temps, à la base droite, se constitue un syndrome de condensation avec épanchement pleural qui évolue vers la suppuration, la température monte insensiblement à 39° et l'état général décline à nouveau. Une pleurotomie est décidée pour le 27 décembre, mais dans la nuit précédente la malade évacue sa pleurésie purulente par vomique et, en une semaine, la température descend en lysis à 37°.

Dès lors, malgré une nouvelle poussée phlébitique atténuée au niveau du membre inférieur gauche, la maladie évolue rapidement vers la guérison. Celle-ci peut être considérée comme définitive à partir des premiers jours de février 1934.

OBSERVATION IV

(de BARDELEBEN)

Femme, 31 ans, à sa première grossesse; avortement au troisième mois; il y a douze jours. Fièvre depuis lors. Elle est admise pour des frissons le 12 décembre 1905. Dans le service des septiques, on fait une dilatation aux laminaires et une évacuation de quelques débris. On sent une masse résistante, mal limitée par le paramètre gauche. Traitement médical (sérum salé, collargol, etc.). Le 30 décembre, la malade m'est confiée. Etant donné que dans les dix-sept jours qui viennent de passer, elle a eu 54 frissons, avec des températures qui ont atteint presque chaque jour 42°, que le toucher bi-manuel me montra des zones de résistances irréguliè-

res, vermiculaires, sur le côté gauche de l'utérus, j'intervins dans le but de pratiquer la ligature veineuse. La culture de l'exsudat cervical avait appris qu'il s'agissait de streptocoques (4 à 7 éléments par chaînette).

Après ouverture de la cavité abdominale, le ligament large gauche apparut épaissi, tuméfié par des cordons irréguliers, serpentant, durs, qui ne pouvaient être que des veines thrombosées. Après dédoublement classique du ligament large, on s'efforce, en vain, d'isoler la veine hypogastrique du tissu circulaire enflammé. On lie alors ensemble la veine et l'artère, et cela en deux points étagés, avec des aiguilles à anévrisme : une fois, le plus près possible de l'utérus, une fois, le plus près possible de la paroi du bassin.

Douze heures après l'intervention, ascension thermique à 40°2, avec frissonnement (le dernier frisson avait eu lieu sur la table d'opération, avant l'anesthésie, avec température à 42°3). Depuis lors, il n'y eut plus de frisson. La température demeura élevée et continue autour de 39°, jusqu'au 7 janvier 1906. A cette date, on incisa deux volumineux abcès à streptocoque de la cuisse, qui s'étaient constitués depuis trois jours.

Le dix-huitième jour après l'intervention : phlébite du membre inférieur gauche avec douleur et réascension thermique. Depuis le 23 janvier, température normale. Les douleurs de la cuisse gauche avaient, d'abord, fait craindre que le tronc lombo-sacré ait été lésé au cours de la ligature, mais un examen neurologique soigné (Docteur Ziehen) avait permis d'écarter cette éventualité.

OBSERVATION V

Trois observations de MM. JEANNIN et CHOME
(*Bulletin de l'Académie de Médecine* 1928)

CONCLUSIONS

1° La thrombo-phlébite pelvienne est une affection locale qui n'est pas nettement différenciée des septicémies et des septicopyohémies puerpérales.

2° Le traitement chirurgical, judicieusement choisi et appliqué en temps opportun, peut empêcher la production d'embolies. Il est subordonné aux facteurs suivants :

a) nécessité de poser un diagnostic ferme, par l'étude approfondie des signes généraux, par la recherche des signes physiques, aussi frustes soient-ils, et par des examens répétés des malades.

b) Nécessité d'aller vite.

3° Le traitement chirurgical accompagnera le traitement médical.

4° La ligature veineuse doit être préférée aux autres procédés chirurgicaux, en raison de la rapidité avec laquelle elle se pratique et de l'absence de shock opératoire qui l'accompagne.

On attachera une grosse valeur pronostique à l'état de l'utérus, les observations ayant montré que la gué-

raison, à quelques rares exceptions près, était subordonnée à l'intégrité de cet organe.

Il est indéniable que le traitement chirurgical des phlébites pelviennes a abaissé de plus d'un tiers le taux de mortalité de cette affection.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
H. MONDOR.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — Les embolies pulmonaires pendant la période des suites de couches (*Revue générale de clinique et thérapeutique* 1910).
- BIDOIRE. — Contribution à l'étude des thrombo-phlébites utéro-pelviennes suppurées d'origine puerpérale (*Thèse* Paris 1939).
- BÉJEAN et COHU. — Sur les ligatures de la veine cave inférieure (*Revue de chirurgie*, Paris 1911).
- DELATER. — A propos de colibacilloses locales par migration dactérienne à point de départ intestinal (*Société de de Paris*, avril 1929).
- BROCHIER, ROCHIER et Mlle PEY. — *Société d'obst. et de gyn. de Lyon*, séance du 6 mai 1935 (in *Bull. de la Société d'obst. et de gyn. de Paris*, 1935, n° 7, p. 480).
- BARDELEBEN. — *Berliner Klin. Wochen*, 10 février 1908, n° 6, page 308.
- CHOMÉ. — Le traitement chirurgical des aff. puerpérales, 1928.
- COUVELAIRE. — Les phlébites puerpérales et leur traitement (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, Paris 1913).
- CHOMÉ. — Leçons cliniques du jeudi soir et de la clinique Tarnier, 1924, page 169.
- FROMMÉ. — Vereen der aerzt e in Halle, séance du 28 novembre 1906, in *Munch. Med. Wochen*. Janvier 1907, n° 5, page 241.
- HOUEL. — Contribution à l'étude des phlébites utéro-suppurées (Alger 1926).
- HOUZEL. — Société de chirurgie, Paris 1902.

- A. HUSTIN. — *Le scapel*, t. LXXXVI, n° 26, 30 juin 1934, (sur courbe de température), page 917.
- C. JEANNIN et CHOMÉ. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*. T. XLIX, 1928, page 108.
- JEANNIN. — Les phlébites puerpérales (*Archives mensuelles obstétrique et gynécologique*, 1912).
- LEQUEUX et CHOMÉ. — *Congrès de la fièvre puerpérale*, Strasbourg, 2-5 août 1923 (in *Gyn. et Obst.* 1923, page 423).
- LAFFONT, BONAFOS et MOLANDRE. — *Sc. d'obst. et de gyn. d'Alger*, séance du 9 décembre 1933 (in *Bull. de la Société d'obst. et de gyn. de Paris* 1934, page 124).
- LAFFONT, HOUEL et EFFRARI. — *Soc. d'obst. et de gyn. d'Alger*, séance du 13 décembre 1927, (in *Bull. de la Sté d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923, page 373).
- LEQUEUX. — Puerpérales (*Revue gynécologique et obst.*, Paris 1921).
- LÉVY SOLAL et SUREAU. — A propos de la période dite de repos physiologique au cours de la délivrance (*Bull. Obst. et Gyn.*, Paris, 1934).
- MARTENS. — A quel moment et comment pratiquer les ligatures veineuses au cours des infections puerpérales (*Deutsch. Med. Woch.*, tome LV).
- MAURER. — A propos des ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale, 1923.
- MARTENS. — *Deutsche Med. Woch.* LV année, n° 25, 19 juillet 1929, page 1203.
- MICKELS. — *Lancet*, 4 décembre 1909, page 1656.
- PROUST. — Ligature de la veine iliaque primitive pour infection puerpérale (*Société de Chirurgie*, séance du 3 mars 1924).
- RIVIÈRE, VILLAR et MAHON. — *Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, séance du 6 février 1934, in *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1934, page 221, et *Bordeaux chirurgical* n° 3, juillet 1934.
- ROBIN. — L'hystérectomie et les ligatures veineuses dans le traitement de l'infection puerpérale, 1926.
- RÆSER. — Contribution à l'étude des traitements des thrombophlébites utéro-pelviennes puerpérales suppurées, année 1932.

SCHELLENBERG. — *Zentralbl. f. Gynäk.* T. LXI, n° 9, 27 février 1932, page 519.

SPRINGER. — *Zentralbl. für Chir.*, n° 42, 17 octobre 1931, page 3063.

SCHICKELE et RIOTTE. — Recherches histologiques sur l'infection puerpérale (*Congrès de la fièvre puerpérale*, in *Gynéco. et obst.*, 1923).

SIREDEY. — *Les maladies puerpérales*, 1884.

VANVERTS. — Phlébites puerpérales. Ligatures de la veine iliaque externe (*Bull. Société obst. et gynéco.* Paris, 1912).

VORAR et LYONNET. — Considérations anatomique et bactériologique dans le cas de thrombo-phlébite pelvienne suppurée (*Bull. Société obst. et gynéco.*, Lyon, 1936).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
Historique	17
Etiologie et Pathogénie.....	20
Anatomie Pathologique	22
Etude clinique	27
Formes cliniques	33
I. — Formes cliniques suivant l'intensité.....	33
II. — Formes cliniques suivant le siège.....	34
Diagnostic différentiel	36
Traitement	38
Observations	45
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55

RECEIVED 2010 11 10 11 11

Imprimerie de la Librairie

E. LE FRANÇOIS

PARIS

